

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

264

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Luis CARRODEGUAS ARIAS

Ne le 5 Novembre 1907. à LA HAVANE (Cuba)

Contribution à l'Étude

du

SARCOME DU PÉRITOINE

Président : M. LOEPER Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Luis CARRODEGUAS ARIAS

Ne le 5 Novembre 1907. à LA HAVANE (Cuba)

Contribution à l'Étude
du
SARCOME DU PÉRITOINE

Président : M. LOEPER Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Leon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET
	BEZANÇON.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	PROUST.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	N...
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MOCQUOT
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	BAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
DE GAUDART		LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale		



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^r J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE.....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE .	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
HARVIER	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE.....	
GUENIOT	
LE LORIER.....	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde reconnaissance et amour filial.

A MES SŒURS

Affectueux hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER
*Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
de Paris.*
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
dont il a été l'inspirateur.

Expression de ma sincère reconnaissance pour leurs savantes leçons,
leurs excellents conseils et leur bienveillante sympathie.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX ET DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LA HAVANE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU SARCOME DU PÉRITOINE

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS – ETIOLOGIE

Sous le nom de cancer du péritoine, on décrit toutes les tumeurs malignes de cette séreuse. Leur origine, parfois primitive, le plus souvent secondaire, explique la variabilité des caractères histologiques qu'elles peuvent revêtir ; aussi l'étude d'ensemble de ces néoplasies ne se justifie-t-elle que par la similitude de leur évolution chronique.

Pour comprendre la classification des tumeurs malignes du péritoine, il est nécessaire de faire appel à quelques notions d'embryologie. Constituée par une fissure qui scinde le mésoblaste en deux lamelles : l'une fibro-intestinale ou splanchnique, l'autre fibro-cutanée, la cavité péritonéale apparaît comme une dépendance du feuillet moyen de l'embryon. Elle ne peut donner naissance qu'à des néoplasmes d'origine mésodermique, développés au dépens d'un des éléments constitutifs de ses feuillets séreux ; trame conjonctive ou endothélium de surface, lequel ne représente qu'une différenciation de la trame conjonctive. Les tumeurs primitives du péritoine sont donc constituées par les sarcomes et l'endothéliome.

Contrairement aux tumeurs primitives du péritoine les cancers secondaires appartiennent habituellement au type des épithéliomes. Exceptionnellement, ils sont constitués par la propagation de néoplasme développé aux dépens des tissus conjonctivo-vasculaires.

Etudié pour la première fois par CRUVEILHIER, puis par GRISOLLE, le cancer du péritoine a fait l'objet dans le courant du siècle dernier, de nombreux travaux auxquels se rattachent les noms de PÉTRINA, DEBOVE, TAPET, CORNIL et RANVIER. La conception de l'endothéliome, émise par GOLGI, fut reprise quelques années plus tard par LANCEREAUX, GLOCKNER, et étendue aux tumeurs primitives des autres séreuses. KELSCH et WANNEBROUCQ, CAMUS, BONAMY donnent de bonnes descriptions du sarcome primitif du péritoine. Le lymphadénome généralisé a fait l'objet d'une communication de PARMENTIER et BENSAUDE, alors que les particularités du cancer colloïde étaient mises en lumière par CLAUDE et LÉVI. QUÉNU et LONGUET, SOURDILLE ont étudié la propagation du cancer à l'ombilic.

Etiologie

Parmi les travaux récents, il faut citer ceux de ROUSSY, ELDER, KING, enfin de CZERNY qui posent les indications du traitement chirurgical.

Le cancer primitif du péritoine constitue une rareté; sur quatorze cas de néoplasie maligne, BAMBERGER ne l'a observé qu'une seule fois. La femme est plus fréquemment atteinte que l'homme. MOUGIRD, sur 28 observations trouve 18 femmes et 10 hommes.

Plus récemment (1924), IMBERT et LAGARDE présentent cinq cas qui concernent 5 femmes. Le maximum de fréquence est entre quarante et soixante ans, mais de sujets jeunes peuvent être atteints, surtout lorsqu'il s'agit de sarcome.

Le cancer secondaire est habituellement consécutif à un néoplasme des viscères abdominaux. Par ordre de fréquence, ce sont les cancers de l'estomac, de l'intestin, du foie, des organes génito-urinaires qui envahissent le plus volontiers la séreuse péritonéale ; puis viennent les cancers des organes thoraciques, de l'œsophage, des glandes mammaires. La propagation d'un cancer pleuro-pulmonaire au péritoine est moins fréquente que l'envahissement de la séreuse pleurale par un cancer péritonéal.

L'atteinte du péritoine peut être réalisée par plusieurs voies : par voie lymphatique, par voie sanguine, par contiguïté.

Bien mise en lumière par DEBOVE, la propagation par voie lymphatique est démontrée aux autopsies par l'existence de trainées de lymphangite, constituant sous le péritoine des cordons durs, fléchueux et irréguliers. C'est par l'intermédiaire des lymphatiques transdiaphragmatiques que s'opère l'invasion du péritoine au cours du cancer pleuro-pulmonaire.

La voie sanguine, intervient plus rarement que la précédente. Elle doit être invoquée dans les cas de métastase cancéreuse provenant d'un organe éloigné et dépourvu de toute connexion lymphatique avec le péritoine. Elle s'applique également aux observations de carcinose péritonéale aiguë.

Le mode d'envahissement par contiguïté est le plus fréquent. Il est réalisé dans tous les cas de cancer abdominal, dès que la tumeur viscérale ulcère la séreuse.

Il convient également de mentionner la propagation par le liquide d'ascite qui essaime les cellules cancéreuses sur toute l'étendue de la séreuse. Rappelons à ce propos les observations de cancer du péritoine consécutif à l'ablation d'une tumeur végétante de l'ovaire lorsque l'ouverture d'une poche kystique entraîne l'irruption de son contenu dans la cavité (ROUSSY).

Après avoir décrit en général les cancers du péritoine, nous allons, maintenant consacrer notre travail à une partie de ces cancers : les sarcomes.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On peut rencontrer dans le péritoine plusieurs variétés de sarcomes : fuso-cellulaire, globo-cellulaire, fibro-sarcome, etc...

Les deux groupes principaux sont : les sarcomes à cellules du type fibroblastique et les sarcomes à cellules du type lympho ide.

Les sarcomes à cellules du type fibroblastique ; sont formés de cellules fusiformes   extrémités  ffil es, pourvues de prolongements multiples et très fins. Le noyau ovalaire, volumineux, occupe le centre de la cellule qui se renfle à ce niveau, il est fortement chargé de chromatine qui dessine un réseau grossier.

Sarcomes à cellules du type lympho ide. Les sarcomes du type lympho ide comprennent les sarcomes autrefois dénommés sarcomes à cellules rondes ou globo-cellulaires (DUCUING). Les cellules sont représentées pour la plupart par des éléments volumineux à gros noyaux réguliers, peu colorables avec un ou deux nucléoles. Le protoplasme est tantôt peu abondant et fortement basophile, tantôt plus abondant et plus ou moins acidophile. Les éléments sont groupés en nappe continue et uniforme. Le reticulum fait défaut. Au milieu des éléments néoplasiques, on rencontre un nombre plus ou moins grand de lymphocy-

tes adultes, mais toujours en très petit nombre par rapport aux grands cellules (DUCUING).

Un point commun à toutes ces tumeurs est leur grande vascularisation ; les nombreux vaisseaux qui y circulent n'ont pas de paroi propre, le sang coule directement au contact des cellules sarcomateuses simplement aplaties et imbriquées pour former cette pseudo-paroi.

Cette fragilité des parois vasculaires explique la présence presque constante de l'ascite hémorragique, qui accompagne ces tumeurs abdominales et qui constitue même un bon élément de diagnostic ; elle explique aussi la formation à l'intérieur des néoplasmes de ces cavités kystiques renfermant un liquide rougeâtre et noirâtre.

Macroscopiquement on peut classer ces néoplasmes en deux grand groupes (BONAMY) : Les uns sont constitués d'une tumeur unique volumineuse, naissant et grandissant dans le grand épiploon ; les autres formés par un plus ou moins grand nombre de petites masses, allant de la grosseur d'un pois à celle d'une petite pomme disséminés dans la séreuse péritonéale.

Dans la première variété on peut ranger notre observation, ce sont des masses souvent énormes, irrégulièrement et prossièrement bosselées, les unes conservant la forme aplatie de l'épiploon qui semble seulement très épaissi, les autres ne rappelant en rien la disposition primitive de cet organe et constituant des tumeurs globuleuses et arrondies ayant un aspect violacé, à la surface desquelles circulent de nombreux et volumineux vaisseaux.

Dans beaucoup de ces cas, les observateurs les ont comparées à d'énormes éponges gorgées de sang.

De la seconde variété, nous avons le cas de MILLER, qui à la suite de son observation raconte avoir vu à

Paris, une affection identique opérée par le professeur SEGOND ; c'était une femme d'environ 50 ans, très cachectique, pour laquelle le brillant chirurgien français avait fait le diagnostic de tuberculose ou de néoplasie maligne du péritoine. Une incision exploratrice fut pratiquée, et alors on vit l'épiploon et tout le péritoine recouverts de nombreuses excroissances ressemblant pour la plupart à des fraises « Cet aspect était tellement frappant, dit MILLER, qu'on ne peut l'oublier ». On ne pouvait songer à extirper ces nombreux noyaux néoplasiques, aussi le chirurgien ne put il que refermer la paroi abdominale.

CHAPITRE III

SYMPTOMES

Les sarcomes du péritoine ont dans la grande majorité des cas, un début insidieux, et le seul symptôme qui frappe les malades est l'augmentation du volume de l'abdomen. Quand il existe de la douleur, elle est extrêmement réduite et c'est beaucoup plus une sensation de pesanteur.

Il y a cependant quelquefois de véritables douleurs abdominales, survenant par crises. On peut voir, en effet dans plusieurs observations ces crises douloureuses coïncidant toujours avec une constipation opiniâtre, des vomissements, du ballonnement ; en un mot rappelant la plupart des symptômes d'une obstruction intestinale. C'est ainsi que très souvent on crût la tumeur abdominale développée au dépens de l'intestin et que seulement l'intervention chirurgicale ou l'autopsie montrèrent l'erreur du diagnostic. COBB, par exemple opéra une malade avec le diagnostic de néoplasie de l'S iliaque, et ne fut pas peu surpris de trouver une tumeur sarcomateuse du grand épiploon, l'intestin de sa malade étant absolument sain.

La compression mécanique suffit bien à expliquer les phénomènes d'obstruction intestinale qui se produisent au cours de l'évolution de ces tumeurs ; celles-ci, en effet atteignent très fréquemment un volume

énorme, et par leur situation font une forte compression sur le paquet intestinal.

De plus, les nombreuses adhérences qu'elles contractent si souvent avec les anses intestinales produisent facilement des coudures et des brides qui font obstacle au libre cours intestinal.

Sans aller jusqu'à l'obstruction, une constipation plus ou moins opiniâtre est de règle, et lorsque le malade vient trouver le chirurgien, il attire toujours son attention sur ce fait.

Mais il y a un symptôme sur lequel nous voulons attirer toute l'attention, symptôme aussi important au début de l'affection qu'à sa période d'état : ce sont les phénomènes gastriques.

Dans la plupart des observations, les troubles digestifs sont signalés.

Au début, c'est d'abord une sensation de pesanteur de l'estomac avec digestions ralenties et douloureuses; à ce moment ces malades n'ayant encore aucune trace de tumeur abdominale sont soignés pour ces symptômes gastriques. Le cas de MILLER est particulièrement intéressant à ce sujet : en effet, sa malade fut soignée pendant presque toute la durée de sa maladie pour des phénomènes de dilatation d'estomac et à la fin survint une abondante ascite qui fut prise pour une cirrhosé hépatique.

En dehors de ses digestions qui étaient devenues à peu près impossibles, cette malade éprouvait presque constamment une angoisse extrêmement pénible, localisée au niveau de l'estomac.

Du fait de l'évolution rapide et de l'augmentation de la tumeur, ces troubles gastriques augmentent d'intensité, et la malade arrive à ne plus supporter aucune nourriture, ce qui contribue à augmenter la faiblesse et la cachexie, existant déjà du fait de la tumeur.

A ces symptômes : constipation, troubles digestifs, on peut joindre l'œdème des membres inférieurs, qui est presque constant lorsque la tumeur a acquis un volumineux développement ou est accompagnée de beaucoup d'ascité, œdème du à la compression exercée sur la veine cave ou les veines iliaques.

Presque toujours les malades atteints de ces tumeurs, se présentent au chirurgien, inquiets du volume rapide et considérable que prend leur abdomen, en même temps qu'ils constatent leur amaigrissement et la diminution de leurs forces.

A l'inspection, en effet, ils offrent presque tous un aspect cachectique, leur amaigrissement est très prononcé, ils présentent un teint jaune paille, ils ont perdu toute force et tout appétit.

Seul leur abdomen, contraste par son volume, il est saillant, la peau en est luisante, parcourue par une circulation veineuse collatérale très marquée.

A la palpation on perçoit une volumineuse tumeur, ayant son siège dans la région péri-ombilicale, ou bien remplissant complètement toute la cavité abdominale. Cette tumeur est très mobile, cette mobilité plus nette transversalement que de haut en bas est un excellent signe des tumeurs développées dans le grand épiploon, lorsqu'elles ne sont pas d'un très gros volume.

Mais quand elles atteignent un grand développement remplissant tout l'abdomen, contractant des adhérences plus ou moins nombreuses avec les organes voisins, cette mobilité diminue beaucoup et disparaît même complètement.

Généralement la forme de ces tumeurs n'est pas régulière ; elles sont bosselées, lobulées et à côté de parties nettement solides on en sent d'autres ou on décèle facilement de la fluctuation. Cela est dû à ce

que ces tumeurs présentent presque constamment à côté de masses dures, des formations kystiques de volume variable.

La pression exercée sur ces tumeurs est à peu près constamment indolente.

Un caractère important dans les sarcomes du grand épiploon, est la matité absolue qui existe au devant de ces formations néoplasiques. Ce signe est absolument constant; en effet, ces tumeurs refoulent derrière elles tout le paquet intestinal, aucune anse ne vient s'interposer entre elles et la paroi.

En percutant avec soin, on peut souvent remarquer que cette matité s'arrête brusquement à la partie supérieure de la tumeur, pour faire place à une zone de sonorité, dont la forme est concave en haut, cette concavité correspond à la grande courbure de l'estomac. A la partie inférieure, la matité est convexe en bas. Dans les flancs on peut, presque toujours, déceler de chaque côté une bande de sonorité exagérée correspondant aux anses intestinales refoulées par la tumeur.

Dans les sarcomes du mésentère c'est tout à fait le cas contraire, la tumeur développée derrière l'intestin, présente pour conséquence une zone sonore.

Tous ces signes ne sont vraiment nets, que dans un cas moyen où la séreuse péritonéale a conservé ses rapports à peu près normaux.

Mais quand la tumeur prend d'énormes proportions, refoulant et remontant l'estomac, descendant dans le petit bassin en contact direct avec les organes génitaux et que, de plus, elle est accompagnée d'ascite, comme il arrive très souvent, alors les caractères précédents ne conservent plus grande valeur et le diagnostic devient très difficile pour ne pas dire impossible. L'ascite en effet, complique toujours le sar-

come du péritoine. Dans la majorité des cas, cette ascite présente une coloration rougeâtre ou brunâtre, on y trouve à l'examen microscopique de nombreux globules rouges normaux ou bien en voie de dégénérescence, déformés et même nucléés. Cependant cette ascite peut n'être pas hémorragique comme dans l'observation n  2 où elle avait une coloration jaune citron.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du sarcome du péritoine est très difficile. On arrive parfois à faire le diagnostic avant d'intervenir, mais ce n'est qu'après la laparotomie exploratrice qu'on peut l'affirmer.

Les symptômes multiples de ces néoplasmes, communs à beaucoup de tumeurs abdominales, sont une des principales causes de cette difficulté. Il faut aussi y ajouter la rareté de ces affections, qui fait que l'attention du chirurgien n'étant pas attirée sur ce sujet, l'idée de discuter l'origine péritonéale d'une tumeur ne vient presque jamais à l'esprit.

Si la tumeur est unique et mobile, il faut éliminer : les tumeurs qui n'appartiennent ni à l'épiploon ni au mésentère. Une tumeur de la paroi abdominale s'immobilise lorsqu'on fait contracter les muscles de l'abdomen, un fibrome pédiculé est beaucoup moins mobile qu'un sarcome du péritoine. Les tumeurs du foie suivent les mouvements respiratoires, de plus elles continuent sans interruption la matité hépatique.

Une tumeur rénale est généralement fixe et donne des signes urinaires.

La différence entre un sarcome du grand épiploon et du mésentère reposera sur ce fait important, qu'une tumeur du mésentère étant développée derrière les intestins, les repoussant vers la paroi, aura au-devant

d'elle une zone sonore, tandis que les tumeurs épiploïques s'appliquant directement contre cette paroi seront absolument mates.

TILLAUX insistait beaucoup sur ce fait et à ce point de vue, il distinguait les tumeurs nées dans l'espace intrapéritonéal (estomac, intestins, épiploon), et les tumeurs développées dans l'espace sous-péritonéal. « Lorsqu'une tumeur disait-il, se développe dans l'espace sous-péritonéal, soit au niveau des reins, soit au niveau du mésentère, elle refoule l'intestin devant elle ; par conséquent, toutes les fois que vous rencontrerez une anse intestinale interposée entre une tumeur volumineuse et la paroi abdominale, vous devez penser qu'elle a pour point de départ l'espace sous-péritonéal. Lorsqu'au contraire, une tumeur se développe dans l'espace intra-péritonéal, elle vient généralement se mettre directement en contact avec les parois abdominales, sans interpositions d'anses intestinales ».

De cette dernière variété dépendent les tumeurs développées aux dépens de l'utérus et des ovaires, d'où la difficulté de leur diagnostic avec les néoplasies épiploïques.

Pour les tumeurs utérines, ce diagnostic sera généralement facile, en effet, les phénomènes généraux observés du côté de l'appareil génital et les renseignements fournis par le palper et le toucher, permettent le plus souvent de déterminer à coup sûr la localisation de ces tumeurs.

La différenciation avec les tumeurs des ovaires et particulièrement avec les kystes sera plus difficile, comme les tumeurs de l'épiploon, ils peuvent être très mobiles, avoir une situation médiane, ils sont mats en avant ; aussi l'erreur sera souvent bien fa-

cile à commettre, d'autant plus que ces affections de l'ovaire, sont très fréquentes.

Le développement sera un bon signe dans les tumeurs de l'épiploon. Tandis que les tumeurs ovariennes évolueront de bas en haut, celles de l'épiploon, après un début péri-ombilical auront tendance à se propager de haut en bas, vers le petit bassin (BONAMY).

Enfin, la forme de la matité régulièrement arrondie, pour le kyste de l'ovaire, aura souvent une limite supérieure concave en haut, pour les tumeurs du grand épiploon.

La difficulté, est souvent augmentée, par la présence d'une ascité plus ou moins abondante, qui gêne beaucoup la palpation, mais dont les caractères pourront être d'une certaine utilité pour la connaissance de la nature de la tumeur, aussi la ponction exploratrice ne devra jamais être négligée.

On pourra éliminer l'ascite des cirrhoses du foie. Dans ce cas, le liquide jaune citrin, se reproduit rapidement après une ponction et le malade présente des phénomènes d'insuffisance hépatique (ictère, coloration des urines).

De même, les ascites d'origine cardiaque ou brightique, dont l'examen du cœur et des urines déterminera facilement la cause.

Diagnostic de laboratoire

Dans la grande majorité des cas, le liquide ascitique, du à la présence d'une tumeur sarcomateuse, sera nettement hémorragique ou de couleur brunâ-

tre, on pourra y déceler microscopiquement, des hématies normales ou en voie de dégénérescence, des grandes cellules endothéliales, réunies en placards plus ou moins larges, provenant de la desquamation du péritoine, sous l'influence de l'inflammation de cette séreuse, inflammation qui se traduit par la présence de leucocytes ; on pourra même y trouver des cellules néoplasiques, détachées de la tumeur et dont la forme constituera un bon élément de diagnostic.

Diagnostic radiologique

La radiographie et la radioscopie, fournissent peu de renseignements, elles montrent cependant que la tumeur est indépendante du tractus intestinal, elles aident ainsi à sa localisation.

La biopsie se fait au cours d'une laparatomie. L'examen histologique du fragment prélevé, fixe le diagnostic de la tumeur et permet d'affirmer si le sarcome est primitif ou secondaire. Dans ce dernier cas, il peut préciser son point de départ.

CHAPITRE V

PRONOSTIC – TRAITEMENT RESULTATS

Les sarcomes du péritoine évoluent rapidement. Dans toutes les observations que nous avons vues et malgré le traitement chirurgical, presque tous les malades sont morts au bout d'un an. Cette affection est donc très rapidement mortelle. Les malades meurent emportés par la cachexie qui se manifeste rapidement, surtout à la période terminale.

Une affection intercurrente ou une complication peuvent également survenir, l'obstruction intestinale par exemple, ou bien la péritonite (GUERIN).

Traitement

La progression fatale de ces tumeurs malignes, ne peut être arrêtée par un traitement médical, l'intervention chirurgicale est la seule ressource qui puisse guérir, ou tout au moins procurer une très notable survie, aux malades qui en sont atteints.

On trouve d'autres cas où à l'ouverture du ventre, le chirurgien se voit dans l'obligation de renoncer à toute ablation de la tumeur, c'est lorsque la sarcoma-

tose au lieu de former une tumeur unique, est composée d'une quantité quelquefois considérable de petits noyaux néoplasiques, s'étendant presque toujours à tout le péritoine (MILLER).

La radiothérapie a donné quelquefois de précieux résultats, et nous avons vus une observation de BAYLEY, de Chicago, dans laquelle il dit avoir traité et amélioré par les rayons X une tumeur du grand épiploon.

Résultats

Ils sont en général mauvais. BONAMY cite 11 interventions avec les résultats suivants : 4 morts rapides, 1 mort après cinq semaines, 1 mort après 3 mois, 2 survies d'un an et 3 guérisons pour le grand épiploon. Pour les interventions sur le mésentère, CARTOLARI sur 15 cas rapporte 7 morts opératoires.

Nous manquons de statistiques pour le résultat de la radiothérapie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle, recueillie dans le service du Professeur Lœper, Hôpital de la Pitié.)

Guillaume L..., âgé de 61 ans, entre le 23 janvier 1935, à l'Hôpital de la Pitié, dans le service du professeur Lœper, salle Soupault, lit N° 20.

Peu de choses à signaler dans le passé, de ce malade, à part de légers signes d'éthylisme ; quelques cauchemars, tremblement léger des extrémités.

Il y a six semaines environ, le malade commence à se plaindre de légers troubles digestifs (pesanteur gastrique, lenteur de la digestion), puis, sont apparus des vomissements matitunaux, glaireux, amers verdâtres et en même temps le malade accuse de l'amaigrissement, des pertes de force et peu de temps après, son abdomen commence à augmenter progressivement de volume avec œdème des membres inférieurs.

Depuis ce moment, l'asthénie, l'amaigrissement ont progressé, l'anorexie persiste. Le malade ne présente pas de douleurs, ni non plus de diarrhée et constipation.

Examen : Malade anémié et amaigri, peau bistrée. Les muqueuses sont légèrement décolorées, la langue est sèche, rouge carminée. Pas de leucoplasie commisurale. Hémorroïdes externes discrètes. Selles non décolorées.

Abdomen : Très dilaté, surtout dans sa moitié supérieure. La peau est blanche, lisse, tendue avec un œdème léger dans les parties déclives. Il y a une circulation veineuse collatérale, assez développée, surtout dans la région épigastrique. L'ombilic n'est pas déplissé.

A la palpation : On trouve très peu de liquide et on peut délimiter deux zones résistantes :

L'une, dans l'hypocondre gauche, plongeant dans le petit bassin, en bas et à droite ; la surface est dure, lisse régulière et mate à la percussion. Le bord supérieur de cette masse, irrégulier, sinueux, dur, indolore, passe au-dessus de l'ombilic. Le bord inférieur descend dans le flanc gauche puis croise la ligne médiane rejoignant le bord précédent dans la fosse iliaque droite et à ce niveau, on sent un noyau très dur.

La deuxième zone, située dans l'hypocondre droit, présente une masse dure, lisse, régulière, arrondie, nettement séparée de la masse précédente par une bande de météorisme. Cette deuxième masse est un peu douloureuse à la pression.

A la percussion, le bord inférieur du foie semble un peu abaissé.

Enfin, on trouve une bande de sonorité qui encadre la tumeur de l'hypocondre gauche.

App. respiratoire : légère submatité de la base gauche, avec quelques râles.

App. circulatoire : Cœur normal. Pouls régulier. Tension 14-7 1/2.

App. urinaire : Urines très peu abondantes, rougeâtres. Pas d'hématurie macroscopique. Albumine et sucre : 0.

Système nerveux : Réflexes tendineux normaux. Pas de Babinski. Pupilles réagissent normalement.

Pas de ganglions.

Radioscopie : Abdomen, ombre diffuse. Après lavement : Le lavement passe bien, donnant le cadre colique ; l'angle splénique est un peu abaissé. Il n'y a pas d'obstacle visible.

Thorax : obscurité du cul-de-sac, costodiaphragmatique gauche.

Pas de liquide.

RECTOSCOPIE : Le tube bute sur une masse d'origine

extra-rectale sur la face antérieure du rectum, faisant saillie dans la cavité, et se coiffant de la paroi rectale.

Formule sanguine :

G. R.	3.860.000
G. B.	7.800
Poly	74
Ecosino	1
Lympho	8
Moyens	10 %
Gds	7

Du 23 au 31, jour où il est décédé, le malade présentait progressivement une augmentation de tous ses troubles.

AUTOPSIE : A l'autopsie, tout l'abdomen semble constitué par une énorme masse tumorale, se présentant à l'ouverture comme recouverte par un tissu blanchâtre, de consistance assez molle et que l'on pourrait comparer à des traînées de bougie ou de cire blanche.

Tous les organes abdominaux semblent inclus dans cette masse tumorale, mais à une étude plus précise on constate :

Que cette tumeur développée dans le grand épiploon, présente des adhérences très intimes avec l'estomac; le côlon transverse et surtout avec le bord inférieur du foie. Le reste de la séreuse péritonéale est infiltré, ainsi que le pancréas. A la coupe, la tumeur ressemblait à une large éponge brunâtre avec petites formations kystiques disséminées.

EXAMEN MICROSCOPIQUE : La tumeur se montre formée de plaques alternatives de nécrose et de nappes cellulaires tourbillonnantes, dont les cellules ont un type fibroblastique nettement accusé. On trouve de nombreuses cellules monstrueuses et les parois sanguines sont formées par des cellules sarcomateuses.

Diag : Sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION II
(KELSCH et WANNEBROUCQ)

Sarcome globo-cellulaire du péritoine, fibro-myomes de l'utérus.

Rosalie Delac, âgée de 59 ans, journalière, mère de trois enfants est admise à l'hôpital Saint-Sauveur, le 11 septembre 1880. Cette femme raconte qu'après avoir toujours joui d'une excellente santé, elle a commencé, il y a deux ans environ, à éprouver une douleur sourde et incessante dans le bas-ventre, en même temps elle se sentit dépérir et s'aperçut que ses jambes enflaient chaque fois qu'elle allait travailler à la journée. L'enflure, limitée d'abord aux membres inférieurs s'étendit peu à peu au ventre et c'est le gonflement croissant de ce dernier qui l'a décidée de venir à l'hôpital.

Au moment de l'admission, état apyrétique, figure amaigrie, air souffreteux, sans teint sachectique pour-tant.

La malade se plaint d'une douleur sourde, diffuse, continue dans le ventre avec exacerbation périodique, l'abdomen contient une notable quantité de liquide ; la pression exaspère la douleur, mais ne révèle rien d'in-solite, les dimensions du foie et de la rate sont normales. Les organes thoraciques paraissent sains. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, l'épan-chement ascitique a fait de notables progrès et rend la ponction nécessaire. Elle donne issue à 7 litres d'un liquide séro-sanguinolent.

Les dernières portions étaient formées par du sang presque pur. Après l'évacuation du liquide, on perçoit dans le bas-ventre une intumescence diffuse, molle pâ-teuse qui ne se déplace pas dans les changements de position et donne un son mat à la percussion sans sensation de flot.

A partir de ce moment la malade décline rapidement. Les douleurs abdominales deviennent plus vives et plus continues, l'œdème des jambes augmente, l'amaigrissement fait de rapides progrès, la cachaxie survient, et peu à peu, la malade tombe dans un état de prostration avec délire calme au milieu duquel elle succombe le 2 octobre 1880.

AUTOPSIE. Abdomen : Le péritoine contient environ 200 gr. de liquide citrin quelque peu louche. Mais ce qui frappe avant tout, c'est une production néoplasique colossale de la séreuse abdominale. Le petit bassin et la partie inférieure de la cavité abdominale sont remplis par une masse difffluente, d'un gris blanchâtre ou rosé, d'apparence médullaire, qui adhère par des tractus fibro-vasculaires au péritoine pelvien, à la face inférieure du mésentère au méso-côlon et au méso-rectum.

La mollesse, la difffluence de cette production sont telles qu'elle prend l'empreinte des parties sur lesquelles elle repose; saisie entre les mains elle se résout par la moindre pression en une pulpe fluide qui ressemble à du lait concentré, et qui se mélange à l'eau comme du suc cancéreux. Placée sous un filet d'eau, elle se désagrège rapidement et laisse un stroma fibro-vasculaire excessivement grêle qui procède du péritoine. En dehors du foyer néoplasique, la membrane séreuse est dépolie, mais sans exsudation, sans caractères phlegmatiques à proprement parler. En écartant les masses molles qui végètent sur le péritoine, on met tout à coup à découvert trois grosses tumeurs qui émergent au-dessus du détroit supérieur et qui contrastent par leur dureté avec les productions difffluentes du péritoine. Ce sont de fibro-myomes volumineux de l'utérus dont l'un, de la grosseur d'un œuf de poule, est enchassé dans le fond de l'organe vers l'angle droit et dessine en même temps une légère saille dans la cavité utérine ; il est nettement séparé du parenchyme par un kyste fibreux. L'autre du volume d'un œuf d'oie, emprisonné dans une coque calcaire presque sur le bord gauche de la matrice et se confond par sa

base avec le tissu utérin même; le troisième, le plus volumineux, aux dimensions d'une tête de fœtus à terme, adhère du bord gauche de l'utérus, au point où celui-ci se continue avec le col. Le corps et le col de l'utérus sont hypertrophiés et sensiblement allongés.

Examen histologique de la tumeur : Au milieu du produit presque diffluent enlevé avec les ciseaux sur le néoplasme, l'examen microscopique à l'état frais, dans le liquide de Muller, fait reconnaître des éléments cellulaires assez variables dans leurs formes et leurs dimensions, on y voit surtout de petites cellules rondes assez semblables aux globules lymphatiques, avec un noyau gros et une zone protoplasmique relativement mince, puis des éléments plus volumineux, multinuclées, arrondis en raquette, en bissac, pourvus de prolongements grêles, enfin des cellules qui par leurs dimensions externes et le nombre considérable de noyaux, rappellent exactement les myéloplaxes. Ces éléments forment çà et là, des agglomérations compactes que traversent des tractus fibroïdes grêles et des vaisseaux à parois amorphes, bourrées de sang.

Malgré l'immersion suffisamment prolongée, dans les liquides appropriés, la tumeur, en raison de sa diffluence, durcit imparfaitement et l'exécution des coupes en est très délicate. Celles que nous avons obtenues sont cependant suffisamment complètes pour permettre de déchiffrer la disposition des parties constitutives du tissu. Toute la tumeur est composée presque exclusivement par des cellules disposées en masses serrées, presque sans substance intermédiaire, ces masses sont sillonnées, par des vaisseaux grêles aux parois à peine distinctes et soutenues, par une charpente fibreuse peu développée qui porte des vaisseaux plus volumineux.

Le squelette fibreux, est une émanation du péritoine. Des faisceaux fibreux, plus ou moins volumineux, se détachent de la séreuse s'élevant en se dichotomisant ou en se couvrant successivement d'expansions latérales, de plus en plus grêles, qui s'anastomosent ou s'enchevêtrent avec

les voisines, excepté vers la surface du néoplasme, où elles forment souvent des appendices indépendants, constituant avec les masses cellulaires des sortes d'excroissances papillaires.

Les intervalles de cette charpente fibreuse sont remplis par les masses cellulaires.

Au sein; les portions les plus massives du néoplasme, de celles qui reposent immédiatement sur le péritoine, les piliers fibreux sont relativement solides, épais, formés de faisceaux parallèles fortement ondulés, entre lesquels s'épanouit un riche réseau de fibres élastiques. Ils sont pauvres en cellules conjonctives, mais sillonnés de gros vaisseaux parallèles aux faisceaux et de nombreux espaces gonflés soit d'un liquide albumineux, soit de grosses cellules rondes ou plates avec renflement central. Ces faisceaux d'ailleurs très clairsemés, servent de soutien à des masses extrêmement molles et profuses formées presque exclusivement des cellules pressées confusément les unes contre les autres, sans autre moyen d'union qu'une sorte de substance amorphe albuminoïde, à peine apparente et un laci vasculaire très tenu, sans parois propres qui se relie aux vaisseaux de la charpente fibreuse. Ces cellules ont toutes les dimensions, depuis les globules lymphatiques jusqu'aux grandes cellules myeloplaxes, la forme est également très variable, ainsi que la pulpe fraîche l'a déjà fait reconnaître, pourtant les éléments dominants sont des cellules rondes ou ovoïdes de 8 à 20 μ de diamètre, pourvues de un ou de plusieurs noyaux. Sous l'action même très faible du pinceau, ces éléments se désagrègent sans laisser ni réticulum ni autre moyen d'union que des vaisseaux capillaires, quelques fibrilles conjonctives éparses et une matière amorphe homogène ou finement granuleuse.

Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la base, les trabecules fibro-vasculaires, en se subdivisant à la façon des branches d'un arbre revêtant des proportions de plus en plus grêles, les masses cellulaires n'en deviennent que plus molles, plus diffuses.

Il arrive que les excroissances les plus superficielles restent indépendantes et donnent ainsi à la surface de la tumeur une forme papillomateuse tandis que, dans les zones sous-jacentes, le néoplasme forme plutôt des masses continues.

En résumé, il s'agit d'un sarcome mou, globo-cellulaire du péritoine, ayant revêtu sur une partie de son étendue, la forme papillaire.

OBSERVATION III (SECOND.)

L'opéré est un ferblantier de Lisieux, robuste et bien constitué, dont les antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien de spécial. Tout son passé pathologique se résume, en effet, à quelques accès de fièvre intermittente survenus en 1870 et dont il n'a plus été question depuis. Bref, c'est en pleine santé et sans cause appréciable que le mal s'est développé. En juillet dernier, après quelques semaines de malaises mal déterminés avec sensation de pesanteur à l'épigastre, le malade a vu son ventre prendre assez vite des dimensions alarmantes.

Je crois que M. Lancereaux, consulté à cette époque, fit, après ponction exploratrice, le diagnostic de kyste du pancréas, mais j'ignore le traitement prescrit. Quoiqu'il en soit, l'accroissement des dimensions abdominales s'accusant chaque jour davantage, le malade est entré dans mon service de la Maison de Santé, le 20 mars.

A cette date, j'ai constaté facilement que la distension sus-ombilicale de l'abdomen était causée par une volumineuse tumeur offrant les caractères d'un kyste uniloculaire, à contenu liquide, occupant toute la largeur de l'abdomen dans sa moitié supérieure et descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette masse kystique, directement appliquée contre la paroi abdominale, paraissait peu mobile, sa forme globuleuse

se reconnaissait aisément par la palpation aussi bien que par la percussion, et la matité perçue à son niveau se continuait avec la matité hépatique. J'ajoute que la pression était partout indolente et que la surface du kyste lisse et régulière ne laissait percevoir aucune induration. En somme, nous étions, sans doute en présence d'un kyste développé à froid dans la région supérieure de l'abdomen et se développant avec rapidité, sans provoquer ni douleur, ni trouble fonctionnel important. Dans ces conditions, si je n'avais point connu les résultats de la ponction pratiquée par M. Lancereaux, j'aurais, sans doute, diagnostiqué un kyste hydatique. Mais, sachant d'une part que le liquide sanguinolent recueilli par M. Lancereaux condamnait cette hypothèse et n'ayant, d'autre part, relevé aucun signe qui me permit de croire à un kyste rénal, je me suis rallié au diagnostic un peu vague, mais suffisant, de kyste développé soit aux dépens du pancréas, soit aux dépens du péritoine. Restait la détermination de la conduite à suivre et celle-ci m'a paru très simple.

Le 7 avril, j'ai pratiqué la laparatomie. Une incision médiane sus-ombilicale m'a conduit sur la paroi kystique, partout recouverte d'un feuillet épiploïque. Puis, après les précautions pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, j'ai successivement évacué par incision directe 7 litres de liquide contenu dans le kyste, puis énucléé la poche. Celle-ci adhérait, dans toute son étendue, aux feuillets du grand épiploon dont elle était comme enveloppé. Il m'a donc fallu la décortiquer à l'aide de mes doigts, et ce travail n'a pas été sans exiger une certaine attention et de nombreuses ligatures perdues. Mais, en fin de compte, tout s'est passé simplement et 10 à 15 minutes m'ont suffi pour extraire la totalité de la poche, réséquer les lambeaux d'épiploon trop avariés par le travail de décortication et terminer l'hémostase. J'ai suturé la paroi abdominale sans drainage, les suites opératoires ont été des plus bénignes et la guérison est aujourd'hui complète.

La tumeur se présente sous la forme d'une vaste poche uniloculaire à parties blanchâtres, fibreuses et peu épaisses. La face interne du kyste est lisse comme une séreuse. La face externe présente, au contraire, par place, les vestiges des adhérences filamenteuses qui l'unissaient partout aux feuillets épiploïques.

J'appelle enfin votre attention sur l'épaississement limité, mais très net, que la poche présente en un seul point de son étendue. A ce niveau, il existait une adhérence fibreuse très résistante qui unissait le kyste au côlon transverse et qui lui formait ainsi une sorte de court et unique pédicule. Partout ailleurs, la poche n'avait, avec son enveloppe épiploïque, que des adhérences très vasculaires, sans doute, mais assez lâches. Etait-ce là le foyer d'origine kystique Je ne sais. Mais ce fait intéressant et positif, c'est que l'examen histologique de la zone épaisse, a permis à mon interne, M. Cazin, de déterminer la véritable nature du néoplasme, lequel doit être considéré comme un fibro-sarcome kystique du grand épiploon.

OBSERVATION IV

(BRAUN)

Un manœuvre de 34 ans éprouve, depuis trois mois, des douleurs aux hypocondres. Il a vomi, maigri et perdu ses forces. Il porte au milieu de l'abdomen une tumeur arrondie, solide, grosse comme une tête d'adulte, médiocrement mobile; ascite peu abondante, sanguinolente; œdème des jambes et des bourses.

Le 24 août 1882, l'auteur incise la paroi sur une longueur de 12 centimètres; il a d'abord pratiqué 14 ligatures pour saisir les veines dilatées qui fournissent du sang en abondance; par l'ouverture du ventre s'écoule quatre litres de liquide brun foncé. Peu d'adhérences de la tumeur. Quatre ligatures en masse sur l'épiploon au

voisinage du côlon transverse. Excision. Sutures. La tumeur a 27 cm. de long, 20 cm. de large, 12 cm. d'épaisseur.

C'est un myxo-sarcome kystique.

Le 22 septembre, le malade quitte l'hôpital, guéri en apparence.

Ce sujet qui, sans opération, semblait voué à une mort certaine, a survécu 13 mois.

Mort le 18 septembre 1883.

OBSERVATION V

(DOUGLAS)

Douglas rapporte le cas d'un malade qui, six mois avant l'opération, fut pris de constipation opiniâtre, coliques, douleurs dans l'abdomen, faiblesse générale avec perte de poids.

La tumeur était difficilement perceptible et peu mobile.

A l'opération se montra une large tumeur molle, composée de nombreux petits lobules rouge-cerise, ayant assez l'aspect d'une tarte aux cerises. Pas d'ascite.

La tumeur fut enlevée et séparée du côlon transverse auquel elle adhérait.

Le malade mourut quatre jours après l'opération, d'hématémèse.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait de myxo-sarcome primitif du grand épiploon.

OBSERVATION VI

(PINTOS y J. MURTAGH.)

N. P., de deux ans et demi, sans antécédents pathologiques héréditaires. A 18 mois, une épisode gastro-intestinale qui dura 8 jours. Premiers pas à 10 mois.

Il y a deux mois, ses parents remarquent un changement de son caractère et peu de temps après, elle présentait une augmentation du volume du ventre avec constipation et coloration jaune paille de la peau. Selles décolorées et très peu d'urines. Quelques jour après, apparition des vomissements alimentaires et bilieux.

Examen : Ventre énorme, tendu avec douleur à la palpation dans l'hypocondre droit. Circulation collatérale très marquée. Le bord inférieur du foie dépasse 10 cm. la dernière côte.

L'hypocondre gauche est occupé par une masse dure qui se continue dans le flanc, du même côté, et semble former corps avec la rate.

A la palpation profonde, on sent plusieurs tuméfactions petites et roulantes sous les doigts, dans la région épigastrique. Bordet-W. négatif. Dix jours après mort.

Autopsie : Foie hypertrophié.

Vésicule biliaire hypertrophiée avec un nodule dur et de couleur blanc au niveau de son col.

Au niveau du hile hypatique, on trouve une tumeur de la grosseur d'une petite pomme et recouverte par le péritoine.

L'épiploon gastro-colique est aussi envahi par plusieurs nodules disposés transversalement sur le côlon transverse.

Estomac : La paroi postérieure est occupée par une masse tumorale qui envahit la muqueuse et d'une couleur blanc jaunâtre.

Le pancréas est substitué par un cylindre tumoral aplati de 2 cm. d'épaisseur.

Le mésentère est entièrement occupé par une tumeur de la grosseur d'un œuf.

Examen histologique : Le néoplasme est constitué par nappes de cellules du type lymphoïde. On observe dans certains points des hémorragies interstitielles.

Diagnostic. Docteur LLAMBIAS : Lymphosarcome du mésentère.

OBSERVATION VII (SPEIDEL.)

Le malade, un avocat âgé de 53 ans, souffrait depuis le mois de février; il venait dans mon service environ toutes les deux semaines se plaignant d'une sensation de pesanteur et de lassitude générale.

Sachant que le malade, en raison de ses occupations, vivait un peu irrégulièrement, se nourrissant souvent d'un verre de bière et d'un peu de fromage au lieu de repas réguliers; trouvant de plus, des cristaux d'oxalate de chaux dans ses urines, j'instituais un traitement de gastro-entérite chronique avec oxalurie.

Le malade ne présenta aucun signes d'amélioration, s'affaiblit de plus en plus et perdit 25 livres de son poids, depuis le début de sa maladie.

Jamais de fièvre jusqu'alors, mais le 7 mai, il avait 38°6.

On le fit coucher et la fièvre dura jusqu'au 26 mai, avec rémissions matinales régulières.

Pendant ce temps, la rate avait augmenté de volume et l'abdomen présentait du tympanisme, avec circulation veineuse collatérale assez marquée.

Alimentation exclusive au petit lait. A la fin de mai, on essaya le bouillon, la viande, le vin..., mais alors, de nouveaux symptômes se présentèrent.

Le 31 mai et les trois premiers jours de juin, le malade vomit environ 2 litres de liquide grumeleux, vomissements qui avaient lieu une fois par jour.

A partir de ce moment, on pouvait constater en plus du tympanisme, une certaine quantité d'ascite dans la cavité abdominale et une dureté suspecte au niveau de la rate et de la grande courbure de l'estomac.

Les médecins, appelés en consultation, firent le diagnostic de cirrhose du foie.

L'estomac n'acceptant plus aucune nourriture, on eût

recours à l'alimentation rectale au moyen de solution saline normale à 7 %, additionnée de parapeptone.

Le malade devenant de plus en plus cachectique, on put sentir facilement une masse solide dans la région épigastrique. Il mourut le 18 juin.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen, l'épiploon se présenta transformé tout entier en une tumeur, la masse fixée à l'estomac s'étendait de l'orifice pylorique à la rate.

Le péritoine présentait des nodules de même nature.

Foie sain. Le rein droit repoussé très haut derrière le foie, juste au-dessous du diaphragme.

En incisant l'estomac, on remarqua qu'il était presque rempli par une masse ovoïde, indépendante de la muqueuse ; cette masse partant du pylore, refoulait en haut la paroi stomacale. Les parois de cette tumeur avaient environ 1 cm. d'épaisseur et elle renfermait un liquide gélatineux. On suppose que cette tumeur à point de départ épiploïque, avait repoussé devant elle la muqueuse stomacale et occasionné cette formation.

On fit le diagnostic de tumeur maligne de l'épiploon repoussant l'estomac ; tumeur vraisemblablement de nature sarcomateuse.

OBSERVATION VIII

(CARTOLARI.)

Boldoni Angusti, sujet robuste, sans antécédents pathologiques, consulte pour troubles digestifs et augmentation du volume du ventre.

A la palpation, on sent une tumeur de consistance molle, élastique ; qui occupe la région moyenne de l'abdomen, légèrement mobile dans le sens latéral et de la grosseur d'une tête de nourrisson.

A la percussion : matité avec une zone sonore autour de la tumeur.

Laparatomie quelques jours après. Ouverture du ventre et apparition d'une tumeur volumineuse, à surface inégale et de consistance molle. La tumeur semble localisée au mésentère sans point de contact avec l'intestin grêle. La tumeur pèse 1.500 grammes, de forme ovale et présente de nombreux vaisseaux et plusieurs formations kystiques.

A la coupe, la tumeur présente une grande cavité à parois épaisses et contenant du liquide brunâtre.

L'examen microscopique montre que la tumeur est constituée par des éléments cellulaires ronds à protoplasme finement granuleux avec des noyaux bien évidents. La paroi de la grande cavité est constituée par du tissu fibrillaire dans lequel abondent des noyaux et de nombreux vaisseaux sanguins sans parois nettes.

Diagnostic : Sarcome globo-cellulaire du mésentère.

OBSERVATION IX (CONFORTI.)

I. — Anna Schüpbach, âgée de 41 ans, opérée le 3 juillet d'une tumeur du ventre, tumeur qui avait 40, 20 et 25 centimètres dans ses divers diamètres.

Elle ne put être radicalement opérée, car la tumeur était propagée au péritoine pariétal et viscéral. Trois mois après, la malade mourut de cachexie.

A l'autopsie, la cavité abdominale était remplie d'une volumineuse tumeur à la partie supérieure de laquelle se trouvait le côlon transverse. Cette tumeur développée aux dépens du grand épiploon recouvrait complètement l'intestin grêle. Des noyaux néoplasiques étaient disséminés sur la séreuse pariétale et viscérale.

Dans le thorax, il y avait également de petites métastases dans la plèvre costale et diaphragmatique du côté gauche. Tous les organes du corps étaient absolument sains. La tumeur pesait 7 kilos.

Cette tumeur de surface bosselée, comprenait des noyaux néoplasiques allant de la grosseur d'un tubercule miliaire à celle d'une grosse pomme.

Les plus gros noyaux étaient situés au centre de la tumeur; les petits se trouvaient à la périphérie comme des grappes.

Cette tumeur, de consistance molle, présentait dans ses plus gros noyaux, une fluctuation évidente.

A la coupe, les tissus sont en partie gris-blanc, en partie gris-rouge à certains endroits on remarque des hémorragies et des kystes plus ou moins grands.

A l'examen microscopique, on constate qu'il s'agit de sarcome fuso-celulaire typique.

II. — Emma Braundli, âgée de 35 ans, entre à l'hôpital 3 mois après le début de sa maladie. Opérée le 29 décembre 1899, mourut le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale, 900 grammes de liquide foncé mélangé de sang. Le grand épiploon dont un gros morceau avait été enlevé pendant l'opération, était fortement épaissi : long de 15 cm., large de 15 cm. et épais de 3 cm, attaché à la grande courbure de l'estomac et au côlon transverse.

Il y a des petits nodules cancéreux dispersés sur le péritoine.

On trouve dans le péricarde des formations de même nature, ainsi que dans l'œsophage, sur la clavicule et dans le médiastin antérieur.

Le grand épiploon est transformé en une volumineuse masse dont la superficie est rugueuse.

A la coupe, la structure apparaît lobulée et gris-rouge, avec des particules graisseuses. Dans la partie supérieure du grand épiploon, les plus grosses masses ont 10 cm. de diamètre.

A l'examen microscopique, la tumeur présente par places, des cellules fusiformes, en d'autres endroits des alvéoles composées de cellules rondes de différentes grosseurs.

III. — Lina Ruch, petite fille de 8 ans, dont je n'ai pas

moi-même suivi la maladie. Opérée le 8 octobre 1905 et morte pendant l'opération.

A l'autopsie, on trouve le grand épiploon transformé en une tumeur bosselée gris-rouge qui s'attache à la grande courbure de l'estomac et au côlon transverse, comprimant le ligament hépato-duodénal et la veine porte.

En bas, elle s'étendait jusqu'au petit bassin et comprimait la vessie. Il y avait des petits noyaux néoplasiques disséminés sur le mésentère et la séreuse pariétale.

Il y avait également des métastases dans le foie et du côté gauche de la plèvre costale. Le grand épiploon pesait 1.800 grammes; sa partie centrale et supérieure se divisaient en deux grosses masses, ayant dans leur divers diamètres, l'une 2,9 et 7 cm.; l'autre 12,7 et 8 cm.

Le tissu de la tumeur est à la coupe gris-rouge, de consistance assez ferme. En plusieurs endroits se trouvent les points hémorragiques et nécrosés.

Le tissu de la tumeur est composée de petites cellules fusiformes agencées dans tous les sens. Dans la périphérie de la tumeur, les petits noyaux néoplasiques ont le caractère de sarcome péri-vasculaire; les parois des vaisseaux sont formées par cellules de la tumeur.

CONCLUSIONS

I. — Les sarcomes du péritoine sont des tumeurs très rares.

II. — Le sarcome du grand épiploon est le plus fréquent.

III. — Le diagnostic du sarcome du péritoine est très difficile.

IV. — Ces tumeurs ont généralement un début insidieux. Elles sont indolentes par elles-mêmes, mais elles s'accompagnent souvent de crises douloureuses abdominales, dues aux phénomènes d'obstruction intestinale, qui se produisent très fréquemment. Presque constamment il existe aussi des troubles gastriques occasionnant des douleurs parfois très violentes, des vomissements. L'estomac arrive à ne plus supporter aucune nourriture. Ces divers phénomènes sont bien expliquables par la compression mécanique exercée par ces tumeurs sur l'estomac et l'intestin.

V. — Les sarcomes du grand épiploon s'appliquent directement contre la paroi abdominale, ce qui explique la matité absolue que l'on perçoit à l'examen. Ils repoussent derrière eux les anses intestinales, que l'on peut parfois déceler de chaque côté dans les flancs, par une bande de sonorité exagérée.

VI. — Les sarcomes du mésentère développés dans l'espace sous-péritonéal, refoulent l'intestin devant eux et présentent une zone sonore.

VII. — En cas d'ascite, une ponction avec examen du liquide est toujours indiquée.

VIII. — Les sarcomes du péritoine abandonnés à eux-mêmes, ont une évolution rapidement mortelle. Seul le traitement chirurgical peut guérir ces malades ou tout au moins leur accorder une assez longue survie.

IX. — En cas de sarcome diffus, essayer la radiothérapie.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu .
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAYLEY. — Tumor of the omentum treated with X ray.
Clinique Chicago, 1903, p. 345.
- BIGELOW, SCOTT et OBENOUR. — Lymposarcoma of mesentery. *An. Surg.*, juin 1928.
- BRAUN. — *Deutsche med. Woch.*, 1885, p. 791.
- BONAMY. — Thèse de Paris, 1907-1908.
- CAMUS. — Thèse de Paris, 1891-1892.
- CAUTLEY. — A case of abdominal tumor. *Tr. M. Soc. London*, 1905, p. 526.
- CONFORTI. — Zur kenntnis der Sarkome und der Mischgeschwülste des Omentum majus. *Centralbl. f. allg. Path. u. path.-anat.* Iéna 1906.
- CARTOLARI. — *Gazz. d'osp.* Milano, mars 1922.
- CORNIL. — *Académie Méd.* Paris, 1^{er} février 1898.
- DECKER. — Carcinoïde de l'intestin grêle et du péritoine.
Rev. méd. de la Suisse Romande. Avril 1926.
- DOUGLAS. — *Surgical diseases of the abdomen*. Philadelphia, 1903, p. 703.
- DUCUING. — *Précis de cancérologie*. Masson éditeur 1932.
- DELGADO, CORREA y VOLPE. — Limfomatosarcoma del mesenterio. *Arch. latino-am. de Pediat.* Février 1929.
- EVE. — *Transactions of the pathological. Society*. London, 1885-86, p. 496.
- GUERIN. — Sarcome fascicule de l'épiploon gastro-colique. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1893, p. 171.
- KELSCH et WANNEBROUCQ. — Deux cas de sarcome du péritoine. *Progrès Médical*, 1881, N° 58.
- LANCEREAUX. — Contribution à l'étude de quelques affections du péritoine. *Arch. Gén. de Méd.* Nov. 1878.

- LENOBLE. — Volumineuse tumeur de l'abdomen de nature sarcomateuse. *Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris.* 1902, p. 657.
- MATAS. — *Transactions of the American Surgical Association*, p. 881.
- MILLER. — Primary sarcoma of the omentum. *Philadelphia M.J.*, 1902.
- NIETERET. — A case of abdominal sarcoma in boy. *Saint-Louis Cour. Méd.*, 1902.
- Nouveau Traité de Médecine*, fasc. V. Masson, édit. 1929.
- PINTOS y MURTAGH. — Linfosarcoma del mesenterio. *Se-mana Medica.* Buenos-Aires. Nov. 1932.
- ROUSSY, LEROUX et OBERLING. — Précis d'anatomie Pathologique. *Masson*, édit., 1933.
- ROCHFORD. — Primary sarcoma of the Omentum. *North-wester Lancet.* Ninneapolis, 1904, p. 226.
- SEGOND. — Tumeur kystique de l'épiploon. *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1893.
- SCHMIDLECHNER. — Sarcoma omenti fusicellulare. *Pester Med. Chir. Presse.* Budapest, 1904, p. 329.
- SMITHIES. — Sarcoma retroperitoneal. *Méd. Clinics.* Chicago, mars 1917.
- SPEIDEL. — The Louisville. *Monthly Journal of Med. and Surgery.* Avril 1901.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. — Généralités. Etiologie	7
Etiologie	8
CHAPITRE II. — Anatomie Pathologique	11
CHAPITRE III. — Symptômes	15
CHAPITRE IV. — Diagnostic	21
Diagnostic de laboratoire	23
Diagnostic radiologique	24
CHAPITRE V. — Pronostic. Traitement. Résultats . .	25
Traitement	25
Résultats	26
OBSERVATIONS	27
CONCLUSIONS	44
BIBLIOGRAPHIE	46

